

**Escuela de Enfermería de Zamora**

Titulación: Grado en Enfermería

*Trabajo Fin de Grado*

## Título

Eficacia de la terapia grupal, familiar y  
farmacológica en la prevención de  
recaídas en alcoholismo.

Estudiante: Paloma Ríos Llamas

Tutor/a: Laura Pérez Asensio.

Fecha: 11-05-2017

El/La profesor/a Laura Pérez Asensio en su calidad de tutor/a, considera que el Trabajo Fin de Grado titulado: Eficacia de la terapia grupal, familiar y farmacológica en la prevención de recaídas en alcoholismo realizado por: Paloma Ríos Llamas, cumple los requisitos para proceder a su presentación ante la Comisión Evaluadora.

Zamora, 10 de mayo de 2017

Fdo.: Laura Perez Asensio

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Declaro que he redactado el trabajo Eficacia de la terapia grupal, familiar y farmacológica en la prevención de recaídas en alcoholismo para la asignatura Trabajo Fin de Grado en el segundo cuatrimestre del curso académico 2016-2017 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes y la literatura citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes y de la literatura indicada, textualmente o conforme a su sentido.

En Zamora, a 11-05-2017

Fdo: Paloma Ríos Llamas

## ÍNDICE

RESUMEN .....	4
INTRODUCCION.....	5
OBJETIVOS.....	8
MATERIAL Y MÉTODOS .....	9
RESULTADOS .....	12
DISCUSION .....	17
CONCLUSIONES.....	22
BIBLIOGRAFIA.....	23
ANEXOS .....	26

## RESUMEN

El alcoholismo es un trastorno crónico de la conducta. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como “una conducta caracterizada por el consumo excesivo, adictivo y dependiente del etanol, a tal grado que afecta a la salud física y mental, sus relaciones y el funcionamiento social y económico.”

El objetivo general de este trabajo es evaluar la efectividad de la terapia familiar y grupal, y del tratamiento farmacológico enfocado en la prevención de recaídas de las personas adultas con un consumo problemático de alcohol.

Se realizó una revisión sistemática con búsqueda y análisis de la literatura nacional e internacional, en español e inglés, consultando el metabuscador google académico y las principales bases de datos internacionales, incluyendo Cinahl y Psycodoc. Se incluyeron estudios descriptivos, longitudinales, prospectivos, retrospectivos, y se excluyeron estudios observacionales, estudios cualitativos y artículos de baja calidad metodológica.

La muestra final consistió en 12 estudios. Se demostró la eficacia de la terapia familiar y grupal en la prevención de recaídas y la importancia que tiene el tratamiento farmacológico en los alcohólicos para mantener la abstinencia. Además, se evidencia la transcendencia de las redes de apoyo para obtener una buena adherencia terapéutica y de las enfermeras para lograr una buena educación sanitaria.

Tal eficacia de las intervenciones psicosociales y farmacológicas es significativa, dichas intervenciones han demostrado tener unos buenos resultados en indicadores de abstinencia y prevención de recaídas, así como también algunas intervenciones farmacológicas específicas.

**PALABRAS CLAVES:** Alcohólico, Tratamiento terapéutico, Terapia grupal y familiar, Terapia cognitivo-conductual, Abstinencia.

## INTRODUCCION

El alcoholismo es un trastorno crónico de la conducta. La Real Academia Española (RAE) lo define como “una enfermedad ocasionada por el abuso y dependencia de bebidas alcohólicas, que puede ser aguda, como la embriaguez, o crónica.” y La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) lo define como “una conducta caracterizada por el consumo excesivo, adictivo y dependiente del etanol, a tal grado que afecta a la salud física y mental, sus relaciones y el funcionamiento social y económico.”

Actualmente en España, el consumo de alcohol está legalizado y aceptado socialmente, siendo la droga más consumida desde edades muy tempranas provocando unas pérdidas económicas y sociales relevantes. Se estima que la prevalencia de alcoholismo se encuentra entre 5 y 7%, correspondiéndose a más de 2,5 millones de españoles (2).

La prevalencia de trastornos por consumo de alcohol a nivel mundial en la edad adulta es mayor en los americanos nativos y Alaska (12,1%) que entre los blancos (8,9%), los hispanos (7,9%), los afroamericanos (6,9%) y los americanos asiáticos y las islas del pacifico (4,5%) (3). Mundialmente, cada año se producen 3.3 millones de muertes debido al consumo de alcohol, representando un 5.9 % de todos los fallecimientos (4).

Para medir el consumo de alcohol se usa las Unidades de Bebida Estándar (UBE) con las que se calcula la cantidad de alcohol en gramos consumida dependiendo del tipo de las bebidas que ingiere el paciente en una semana. Se considerará consumo de riesgo cuando un hombre consume >28 UBEs (280gr) /semana o 6 UBEs (60gr) /24 horas al menos 1 vez al mes. En mujeres es >17 UBEs (170gr) /semana o 5 UBEs(50gr) /24 horas al menos 1 vez al mes. (5)

Los criterios para identificar el síndrome de dependencia del alcohol o alcoholismo, a partir del CIE-10, se muestran en el Anexo 1. Figura 1.

Existen una serie de factores que van a determinar que algunas personas sean alcohólicas. Entre ellos se encuentran: mujer, inmigrante, adolescente, sin trabajo, con estrés laboral, bajo poder adquisitivo, antecedentes de padres alcohólicos, baja autoestima y la presencia de trastornos psiquiátricos (7).

La alta dosis ingerida de alcohol presenta una serie de consecuencias negativas en el organismo, provocando (8):

- Patologías cardíacas: hipertensión arterial, cardiomiopatías alcohólicas, arritmias supra ventriculares.
- Patologías gastrointestinales: esofagitis por reflujo que puede derivar a esófago de Barret, disfagia, disminución de la velocidad de vaciamiento gástrico, gastritis crónica, diarrea y malabsorción.
- Patologías pancreáticas: pancreatitis crónica, Diabetes Mellitus tipo II, malabsorción.
- Patologías hepáticas: esteatosis hepática, cirrosis y hepatitis.
- Alteraciones en el metabolismo: cetoacidosis alcohólica, hipoglucemia, hiperuricemia, dislipemias y malnutrición

Y también repercute negativamente/afecta a nivel psicológico, destacando el delirium inducido por alcohol (Delirium Tremens): cuadro confesional agudo producido por la privación alcohólica. Se inicia después de interrumpir el consumo de alcohol y se caracteriza por presentar una serie de síntomas típicos de la abstinencia y propios de la fase de delirium. (6)

Para evaluar la dependencia del consumo del alcohol, se pueden utilizar diferentes test de cribado, como muestra en el Anexo 1. Figura 2.

El tratamiento de la dependencia es complejo, dinámico y largo, debe ser entendido como un proceso. El esquema alcohólico terapéutico básico en el alcoholismo es: 1. Reconocimiento del problema 2. Desintoxicación, 3. Deshabitación, 4. Mantenimiento de la abstinencia, con especial atención a la prevención de recaídas, y 5. Recuperación y reinserción social.

Esta enfermedad puede ser abordada mediante un tratamiento farmacológico y el empleo de diferentes terapias. Nos centraremos, en la efectividad que presenta la combinación de fármacos y la aplicación de dos psicoterapias basadas en la prevención de recaídas, una se centra en la familia y la otra del paciente, logrando así una rehabilitación integral sobre el enfermo.

A continuación, se indican los principales tratamientos:

- Terapia farmacológica se basa en la utilización de diferentes medicamentos según en la fase terapéutica que el enfermo se encuentre. Su objetivo es eliminar los riesgos y molestias del síndrome de abstinencia, lograr y mantener la abstinencia, evitando las recaídas y facilitar la recuperación del estado general (9).
- Terapia de pareja/familia basándose en el apoyo y refuerzo de esta. Puede ser una parte muy importante para el proceso de recuperación (10).
- Terapia de grupo es una herramienta terapéutica donde varios pacientes se reúnen para compartir sus problemas o preocupaciones y hallar solución a los mismos. Es eficaz porque las personas no se sienten solas con esta enfermedad y se logra romper el aislamiento al que se habían sometido. Por otro lado, la posibilidad de compartir emociones, pensamientos y experiencias sin miedo a ser juzgados y aprender de la demás ayuda a que la unión del grupo aumente y produzcan cambios psicológicos más estables a lo largo del tiempo. Su objetivo se basa en motivar a los enfermos para lograr su abstinencia mediante un apoyo continuo y unas medidas educativas para prevenir las recaídas (10).

Por último, hay que destacar que el papel de enfermería es muy importante en la prevención, proceso y tratamiento de esta enfermedad siendo imprescindibles para lograr la adherencia y cumplimiento terapéutico, así se refleja en la taxonomía enfermera NANDA, NOC, NIC, en la que existen diagnósticos, objetivos e intervenciones útiles para poder brindar unos buenos cuidados, como se señala en el Anexo 1. Tabla 1.

Este trabajo tiene como propósito analizar la efectividad de la terapia farmacológica, grupal y familiar en la fase de prevención de recaídas. A continuación, se muestran los diferentes objetivos planteados.



## OBJETIVOS

Objetivos generales: Evaluar la efectividad de la terapia familiar y grupal, y del tratamiento farmacológico orientado a la prevención de recaídas en el paciente alcohólico.

Objetivos específicos:

- Averiguar a qué edades los pacientes inician esta enfermedad y conocer los factores de riesgo que influyen.
- Observar la eficacia de la técnica cognitivo-conductual dentro de la terapia grupal
- Analizar la utilidad de los recursos socio-sanitarios en la prevención de recaídas.
- Analizar la tasa de abstinencia de los enfermos que han recibido las diferentes terapias.
- Indagar si las enfermeras podrían adquirir competencias terapéuticas de soporte emocional.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una revisión bibliográfica, seleccionando artículos científicos y literatura gris mediante una búsqueda electrónica relacionada con el tema elegido. Se desarrolló entre diciembre y mayo del 2017, obteniendo los artículos y estudios más actuales y acordes con los objetivos propuestos.

Para la realización de la revisión bibliográfica se siguió un protocolo de búsqueda sistematizado, siguiendo el formato PICO como muestra. Este se emplea para elaborar preguntas clínicas formalmente correctas y transformar nuestra duda en una pregunta clínica precisa y estructurada. Esto supone la dividir la pregunta en 4 partes bien diferenciadas que recogen el acrónimo PICO: P (Paciente), I (Intervención), C (Comparación). O (Outcomes/Resultados). Anexo 2. Tabla 1.

Una vez estructurada la pregunta PICO pregunta clínica en estratégica se utilizaron los siguientes tesauros MESH y DECS para llevar a cabo la búsqueda.

Se normalizaron los términos libre principales en descriptores:

### DECS:

- Alcohólico / Alcoholismo
- Terapia de grupo
- Terapia familiar
- Terapia farmacológica
- Terapia Cognitivo- conductual.
- Abstinencia
- Prevención de recaídas

### Mesh:

- Alcoholic/ Alcoholism
- Group therapy / Group Psychotherapy
- Family Therapy
- Alcohol Treatment
- Cognitive-behavioral Therapy
- Abstinence
- Prevencion recaidas.

Además, todos estos términos se combinaron con los operadores booleanos confeccionando las estrategias de búsqueda que se recogen en que aparecen como: todas las palabras “AND”, al menos una de las palabras “OR” y sin las palabras “NOT” en las diferentes bases de datos utilizadas. Anexo 2. Tabla 2.

La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cinahl y Psicodoc y en el metabuscador Google académico.

Pubmed: El sistema de búsqueda PubMed libre ofrecido por la National Library of Medicine USA. Incluye más de 18 millones de referencias de la base de datos MEDLINE en el campo de la medicina y otras fuentes relacionadas.

CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) es una base de datos especialmente diseñada para responder a las necesidades de los profesionales de enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional, así como otros relacionados. Contiene índices de 2.960 publicaciones y artículos de revistas desde 1981 (71 de ellas a texto completo).

PSICODOC. Base de datos bibliográfica de Psicología. Es una base de datos internacional con interfaz multilingüe (español, inglés y portugués) que facilita la búsqueda bibliográfica y el acceso al texto completo de las publicaciones científicas sobre Psicología y otras disciplinas afines.

Se llevó a cabo una serie de fases para realizar el estudio:

### FASE 1

En primer lugar, se realizó la búsqueda en google académico, metabuscador de recurso académico online que ayudo a obtener una información más global y actual sobre el tema a estudiar. Se obtuvieron un total de 300 artículos teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Artículos que tratasen del tema de interés estudiado
- Artículos sin intervalo temporal.
- Artículos exclusivamente en el idioma español

Criterios de exclusión:

- Artículos que estudiaran otra enfermedad distinta a la psiquiátrica.

## FASE 2.

En esta fase se acuden a dos bases de datos, Pubmed, Psycodoc y Cinhal. Obteniendo 97 artículos que se ajustaran a los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Artículos que estudiaran a una población adulta.
- Artículos en español y en inglés.
- Artículos con acceso a la biblioteca del hospital.

Criterios de exclusión:

- Artículos duplicados en las diferentes bases de datos.
- Artículos relacionados con otra enfermedad psiquiátrica.

## FASE 3.

Por último, del total de artículos obtenidos en la anterior fase, fueron seleccionados aquellos más relacionados con el tema, quedándonos finalmente con 11 artículos, todos procedentes de revistas científicas online. Dentro de los artículos seleccionados recuperaron diferentes diseños de estudios: ensayos clínicos aleatorizados, estudios descriptivos y estudios longitudinales prospectivos y retrospectivos.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que cumplen los criterios para un diagnóstico de dependencia al alcohol según la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Edición (CIE- 10)
- Dependientes alcohólicos que se encuentren en la fase de mantenimiento/rehabilitación.

Criterios de exclusión:

- Pacientes hospitalizados.

## FASE 4

Esta fase se explicará a continuación. **RESULTADOS Y DISCUSION.**

## RESULTADOS

- Terapia familiar

En primer lugar, Rubio G et al. (12) estudian si la incorporación de terapias familiares influye en el pronóstico del tratamiento de los pacientes dependientes y en la salud mental de los familiares. El estudio tiene lugar en la Comunidad de Madrid, donde la Federación de exalcohólicos ha creado una Red de apoyo tanto para los alcohólicos como para sus familiares (Red CAPA). Este estudio contaba con una muestra de 188 pacientes con sus correspondientes familiares y se aleatorizados en dos grupos. El primer grupo recibió el tratamiento habitual a diferencia del segundo grupo donde los familiares de los pacientes recibieron apoyo psicológico en dicha Red.

Los resultados fueron positivos a favor del segundo grupo, consiguiendo menor abandono del plan terapéutico, menor número de recaídas y, además, los familiares que pertenecían al segundo grupo afirmaron que habían recibido información que anteriormente desconocían sobre la enfermedad

En otra investigación realizada por Águila Mena EA et al. (1) se comprueba si existe relación entre la depresión y el riesgo suicida después del periodo de abstinencia con el apoyo familiar y social de las personas en proceso de rehabilitación por dependencia al alcohol. Para ello, se seleccionaron 70 pacientes con dependencia alcohólica que no estuvieran bajo tratamiento y no asistieran a terapia. Se les entregaron diferentes escalas para evaluar sus hábitos de consumo de alcohol (AUDIT), su depresión (Inventario de depresión de Beck), el riesgo suicida (Escala de riesgo suicida de Pluchik), el apoyo familiar (APGAR familiar) y el apoyo social (Escala de apoyo social de Duke-Unk).

Los resultados obtenidos muestran que el 76% de los pacientes cumplía con los criterios de depresión, de los cuales el 37% presentaba datos clínicos de depresión grave, el 57% de los pacientes se encontraban con riesgo suicida, el 62% de los pacientes vieron a sus familias no preocupadas realmente por el estado de su salud y 53% de la población a estudio percibe un apoyo social pobre.

- Terapia de grupo basada en la prevención de recaídas

Calvo Estopiñán P et al. (13) tratan de demostrar la eficacia de la prevención de las recaídas en las terapias de grupo en pacientes alcohólicos, abstinentes por lo menos desde hace un mes frente al tratamiento habitual. Se realizaron dos grupos de comparación, el primer grupo que recibía el tratamiento habitual en su centro por medio de consultas programadas con su psiquiatra y un segundo grupo que además de acudir a las visitas programadas con su psiquiatra, asistía al grupo de prevención de recaídas. Las sesiones son llevadas a cabo cada 15 días durante 3 meses y dirigidas por el psiquiatra, terapéutica y la enfermera de salud mental encargada de la relajación final. Se estudió la tasa de abstinencia y de recaída durante los meses que asistieron a la terapia y al año, concluyendo que en los meses que acudieron a terapia no hubo mucha diferencia respecto al primer grupo. Sin embargo, las tasas de abstinencia eran mayores y las tasas de recaídas menores al año respecto al primer grupo, en el que varios volvieron a recaer.

Otro artículo publicado por Blanco Presas L et al. (14) tienen como objetivo primordial investigar la efectividad de la aplicación de terapia grupal para pacientes con dependencia de sustancias que acaban de recibir el alta hospitalaria después de 4 semanas de ingreso para desintoxicarse y lograr un equilibrio mental. Se trata de un estudio longitudinal de seguimiento de 2 años y 6 meses. Se realizaron dos grupos, el primer grupo formado por pacientes que además de recibir el tratamiento habitual recibieron terapia grupal ambulatoria y un segundo grupo que siguió con el tratamiento habitual en su centro de salud. Los resultados obtenidos en relación a la abstinencia fueron los siguientes: En el primer grupo un 90% permaneció en abstinencia frente al segundo grupo que solo la mantuvo un 18,92%. Además, se midió la motivación al cambio en los pacientes al principio y al final del tratamiento mediante la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA), se verifica que en el 50% hay un avance en los estadios motivacionales: 3 pacientes (30%) progresan un estadio y 2 pacientes (20%) avanzan dos estadios. Se obtienen los siguientes resultados:

Tabla 1. Análisis de la evolución de los estadios motivacionales de cambio.

	Estadio de contemplación	Estadio de acción	Estadio de mantenimiento
Pre-tratamiento	40%	30%	30%
Post-tratamiento	10%	40%	50%

Dentro de la terapia de grupo existen una gran variedad de técnicas orientadas a la abstinencia y a la prevención de recaídas de estos pacientes. A continuación, se demostrará la eficacia de estas terapias por medio de cuatro artículos.

Sánchez Peña JF et al. (15) pretenden estudiar si los pacientes que están en un programa de alcohólicos inscritos en una terapia de grupo orientada al método cognitivo-conductual tienen una evolución más favorable de aquellos que no lo están. Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo, compara dos grupos, grupo 1 asiste a la terapia de grupo y un grupo 2 no asiste a dicha terapia. Concluyendo que, existe una diferencia positiva en la edad, en el mantenimiento de la abstinencia después de dos años en el programa de alcoholismo y la adherencia terapéutica entre el grupo 1 y el 2

Tabla 2. Eficacia de la terapia de grupo a los dos años de seguimiento

	Edad media	Abstinencia a los dos años	Adherencia al tratamiento
TG	42.36/10.74	51,67%	64,17%
No TG	38,46/9.29	18,75%	35,83%

Wook Kim J et al. (16) evalúan la eficacia de la terapia de grupo durante seis meses en pacientes ambulatorios con dependencia alcohólica que anteriormente estuvieron ingresados e inscritos en un programa que incluía diferentes psicoterapias: terapia de cognitivo-conductual, terapia de grupo, terapia individual, psicodrama, la terapia de los 12 pasos, terapia de autoayuda, terapia de arte meditación, medicación. Se trata de 177 pacientes divididos en dos grupos. Grupo 1 recibe psicoterapia de grupo y grupo 2 recibe terapia individual. Los resultados obtenidos respecto a las características de los pacientes (edad, sexo, educación estado civil etc.) no son

estadísticamente significativos excepto el número de ingresos relacionadas con el alcohol. Destacando que la tasa de abstinencia en el grupo 1 a los seis meses fue de un 37,1% respecto al segundo grupo que fue de un 13,7%. Además, se señala que el grupo 1 tiene menos riesgo (51.1%) que el grupo 2 a la hora de consumir.

Litt MD et al. (17) plantean la hipótesis de que la intervención de apoyo de la red social es más favorable a la abstinencia que la intervención de terapia cognitivo-conductual y que la red de apoyo daría mejores resultados a largo plazo. Para ello, se realiza un estudio comparando las dos alternativas a través de un grupo de 193 pacientes ingresadas en Hartford desde el 2010 al 2012. Se dividió en dos grupos según el tratamiento, grupo 1 recibía terapia cognitivo conductual durante 27 meses y en un grupo 2 recibía el apoyo de su red social (familiares) durante 12 semanas. Los participantes en el grupo 1 asistieron a una media de 7,5 sesiones frente a un promedio de 7,4 sesiones para los que recibieron soporte de red. Concluyendo que ambas intervenciones son favorables en el tratamiento del alcoholismo.

Por otro lado, Hodge DR (18) señala la existencia de una modalidad de Terapia cognitiva-conductista basada en la espiritualidad y la religión de los pacientes. En ella tienen un papel clave los valores, preferencias y creencias de los pacientes en la eficacia del tratamiento. Por ello, al adaptar las estrategias y habilidades espirituales a los valores culturales de los enfermos se obtienen unos mejores resultados. El uso de esta terapia en pacientes altamente espirituales tendrá cuatro efectos positivos: Acelera la recuperación, mejora el cumplimiento terapéutico, previene las recaídas y existe una disparidad menor en los tratamientos. Hay que destacar que actualmente no existe ningún estudio que lo demuestre científicamente en el alcoholismo, aun así, varios autores creen que llevarlo al área de dependencia alcohólica tendría unos resultados óptimos.

Por otro lado, en algún artículo se demostró que la enfermera podía tener un papel importante en el soporte emocional de los pacientes alcohólicos. Como se muestra en la investigación de Puskar K et al. (19) quienes señalan que según la American Nurses' Association (ANA) la enfermera de práctica avanzada en salud mental tiene la capacidad de ofrecer psicoterapia a los pacientes, además de disponer de consulta personal. Por otro lado, en este estudio publicado por Puskar hace referencia a la revista "Healthy People" debido a que propone dos objetivos útiles para que APN



pueda realizar terapia: 1) reducir el número de consumidores 2) lograr una buena adherencia al tratamiento farmacológico.

Señala que la importancia de dos personajes pioneros en la terapia de grupo: Hidegard Peplau (enfermera) y Irvin Yalom (psiquiatría), existiendo una similitud entre la teoría interpersonal de la enfermería de Peplau y la terapia de grupo y los factores curativos de Yalom. Además, cabe destacar que Peplau en su libro "relaciones interpersonales en enfermería" hace referencia a la enfermera como terapeuta. También, le da importancia a la enfermera Mandeline Naegle, quien hizo educación sobre el abuso de drogas. Concluye, que la enfermera y la realización de terapias tienen mucho en común debido a que ambas requieren además de habilidades técnicas, saber escuchar y ayudar al paciente a alcanzar el nivel más elevado de bienestar.

- Terapia Farmacológica

Flórez G et al. (20) tienen como objetivo comparar la eficacia de amisulpride frente a topiramato y naltrexona en pacientes alcohólicos en la fase de deshabituación y mantenimiento. Es un estudio abierto de 6 meses de seguimiento. Para ello, se formaron tres grupos: grupo 1, los pacientes tomaban 100 mg de amisulpride por día, los pacientes del grupo 2 tomaban 50mg de naltrexona por día y los del grupo 3 tomaban 200 mg de topiramato por día. Los pacientes fueron evaluados al principio de iniciarse el estudio y a los 3 y 6 meses. Los resultados obtenidos demuestran que apenas existen diferencias significativas de los tres fármacos a nivel basal, sin embargo, a los 3 y 6 meses se obtuvieron resultados más favorables en los grupos que tomaban topiramato y naltrexona frente al que tomaba amisulpride

Izquierdo M et al. (21) tienen como meta demostrar la utilidad de naltrexona para reducir el deseo de beber y prevenir las recaídas. Se estudiaron 304 pacientes alcohólicos tratados con naltrexona, seguidos durante 9 meses y estableciendo 6 visitas de control. Se dividieron en dos grupos; grupo 1 pacientes que se mantuvieron abstinentes, grupo 2 pacientes que recaen y un grupo 3 pacientes consumidores. Los resultados revelan los siguientes valores de eficacia del medicamento: abstinencia total en el 45,4%; recaída en el 27,3% y algún consumo en el 7,2%.

## DISCUSION

- Terapia familiar

Rubio G et al. (12) demuestran que aquellos familiares atendidos en las asociaciones de exalcohólicos mejoraban su salud mental y física en comparación con los familiares que simplemente acudían con el paciente a la consulta de seguimiento por el psiquiatra, destacando que los enfermos de las familias incluidas en el grupo de terapia familiar experimentaron menos abandonos y días de consumo durante el tratamiento.

Respecto a las manifestaciones clínicas más frecuentes en los familiares destacaban las de tipo ansioso y depresivo, características por su estado continuo de alarma con el paciente. Además, los familiares del segundo grupo disminuyeron su nivel de estrés al contar sus problemas y vivencias lo que favoreció su bienestar. Para finalizar, se confirma los beneficios que presentan la integración de estos programas en las diferentes asociaciones alcohólicas tanto para los familiares como para el enfermo y la sociedad.

Águila Mena EA et al. (1) demuestran la importancia que tiene la familia en el entorno del enfermo alcohólico ya que dichos pacientes presentan sintomatología depresiva y conductas suicidas cuando dejan de consumir, evidenciando de este modo la gran influencia que tiene el apoyo familiar para que estos se sientan queridos y como parte de un grupo. También, es imprescindible un buen entorno social para que los pacientes dependientes no se sientan solos, marginados y sin ningún vínculo social, ya que, esto favorecería la aparición de dichas conductas. Cabe destacar que hay una fuerte relación entre los pacientes alcohólicos y el suicidio debido a que se genera desinhibición, impulsividad y falta de juicio. Además, el autor destaca que los adolescentes son un foco de atención prioritario para medidas de prevención del alcoholismo puesto que requieren una menor exposición al alcohol para generar un patrón de consumo. Por todo ello, es fundamental una atención integral del individuo tanto a nivel mental, emocional, familiar y social para prevenir las recaídas en la fase de rehabilitación y mejorar su calidad de vida.

Para finalizar, ambos estudios demuestran la gran eficacia que tiene la familia como factor terapéutico en el paciente alcohólico ya que, gracias a ella el paciente tendrá

un apoyo fundamental durante el tratamiento para superar dicha enfermedad y se podrían evitar, en una gran mayoría, el inicio tan precoz de alcoholismo.

- Terapia de grupo basada en la prevención de recaídas.

Calvo Estopiñán P et al. (13) afirman que el uso de terapias grupales es muy eficaz a la hora de prevenir recaídas ya que se puede llevar a cabo en el centro de salud por cualquier profesional sanitario sea este, enfermero, psicólogo y psiquiatría. Además, es muy económico puesto que se pueden atender a un gran número de pacientes a la vez. Por último, se concluye que la eficacia de la psicoterapia grupal perdura en el tiempo demostrándose en el estudio que el grupo que recibió este tipo de terapia presentaba mayor abstinencia que los del grupo control, destacando que estos resultados positivos se obtuvieron a largo plazo.

Y, por último, Blanco Presas L et al. (14) afirman que la motivación para lograr el cambio es un elemento fundamental para conseguir la adherencia al tratamiento. Al analizar las mediciones obtenidas del pre y post tratamiento en aquellos pacientes que terminaron el tratamiento, se verifica que la mitad de los pacientes estudiados avanzan en los estadios motivacionales. Se concluye que la utilidad de la terapia grupal de seguimiento ayuda a mantener la abstinencia a largo plazo.

En este estudio se demuestra que el 80% de los pacientes que recibieron terapia grupal lograron mantener la abstinencia a largo plazo, incluso por un periodo superior al año. Sin embargo, la tasa de abstinencia en aquellos pacientes que solo recibieron tratamiento habitual fue del 18,92%. Señalar que los 6 primeros meses es un periodo crítico en el tratamiento, ya que la tasa de recaída es bastante alta nuestros datos reflejan el 72,97%.

Una técnica con muy buenos resultados aplicada en la terapia de grupo es la cognitivo conductual, cuatro autores la defienden:

Sánchez Peña JF et al. (15) demuestran que la tasa de abandono al año en aquellos pacientes que acuden a la terapia de grupo orientada a la técnica cognitivo-conductual es del 35%. Sin embargo, la mitad de los pacientes que no participan en dicha terapia abandonan al tercer mes. Respecto a las recaídas, a partir del noveno mes las recaídas se estabilizan alrededor del 12%. No obstante, las recaídas en el primero y noveno mes son mayor en aquellos que no acuden a terapia.

Wook Kim J et al. (16) demuestran que los pacientes que pertenecían al grupo que combinaban la terapia de grupo con diferentes técnicas presenta una tasa de abstinencia alcohólica más elevada que el grupo 2. Además, demuestra la importancia de la prestación de unos cuidados continuos después de superar la primera fase y así evitar la recaída. Señala la opción de aplicaciones telefónicas, de intervenciones breves y atención cara a cara para reducir el consumo.

Litt MD et al. (17) afirman la existencia de información que demuestra la importancia de las redes de apoyo en los pacientes para lograr una abstinencia completa. Resaltando que la proporción de días de abstinencia fue muy similar en el grupo formado por pacientes que acudían a una red de apoyo de los que recibían terapia cognitivo-conductual. Con ello se pretende demostrar que ambas terapias son efectivas para favorecer la abstinencia de los pacientes alcohólicos.

Hodge DR (18) tiene como objetivo demostrar la eficacia de una terapia cognitiva modificada espiritualmente y aplicada por los profesionales de la salud., un enfoque que puede acelerar la recuperación, mejorar el cumplimiento del tratamiento, prevenir la recaída y reducir las diferencias de tratamiento al proporcionar servicios culturalmente más acordes. Dicha modificación podría ser útil en la actualidad debido a la gran diversidad de religiones que hay en el mundo, proporcionando de este modo una atención integral al paciente.

Para terminar, se afirma la gran utilidad que presenta la terapia grupal en la recuperación de paciente alcohólico debido a que posee varias propiedades únicas: proporciona relaciones interpersonales, aporta cohesión a los miembros, facilita la generalización de problemas, ayuda mantener la abstinencia del paciente mediante una motivación continua, previniendo de este modo las recaídas. Y por último, cabe señalar que la terapia cognitivo-conductual es una buena opción terapéutica para aumentar las tasas de abstinencia y más si se tiene en cuenta a la persona en su totalidad. También, demuestran la importancia que tienen las redes de apoyo para la recuperación de paciente alcohólico ya que ayudan a estos a motivarse en su progreso.

La enfermera según el siguiente artículo tendría la capacidad de ofrecer al paciente un serie de terapias como cita Puskar K et al, (19) resaltando la dificultad que presenta la enfermera de práctica avanzada en ejercer en la actualidad, debido a los estereotipos que la sociedad tiene sobre el rol enfermero, se asocia enfermería a “papel técnico” olvidando las habilidades sociales que tiene con el paciente y la familia. Cabe destacar que la enfermera de práctica avanzada en psiquiátrica tiene la capacidad, a través de una elevada formación, para proporcionar, entre otras funciones, la de psicoterapia grupal, individual, a corto y largo plazo.

Además, Peplau señala en su teoría interpersonal de enfermería la importancia que tiene escuchar a los pacientes activamente desarrollando así un proceso terapéutico en el que se obtiene un aprendizaje por parte del paciente y unos buenos resultados. Por último, Puskar menciona a la *The Psychiatric Mental Health Nursing: Scope and Standards of Practice* quien amplía la teoría de Peplau afirmando la importancia que tiene satisfacer las necesidades del paciente para así conseguir un sistema emocional y social de apoyo.

- Terapia Farmacológica

Flórez G et al. (20) señalan que al inicio del estudio se observó una eficacia similar entre el amisulpride, el topiramato y la naltrexona obteniendo unos resultados que favorecen el abandono del consumo del alcohol. Finalmente, se demuestra que amisulpride a dosis de 100mgr diarios fue menos eficaz en su capacidad de deshabituación alcohólica que topiramato a dosis de 200 mg día y que la naltrexona a dosis de 50 mg.

En primer lugar, los resultados obtenidos describen la utilidad del tratamiento y la contribución de naltrexona a la efectividad del tratamiento habitual del alcoholismo, ratificando los datos que aporta la literatura nacional e internacional.

Izquierdo M et al. (21) destacan que, a los 9 meses de tratamiento, la mitad de los pacientes “responden” al tratamiento, consiguiendo una abstinencia total y realizando algún consumo sin llegar a recaer. La mayoría de las recaídas se producen entre los 3 y los 6 meses de tratamiento. Transcurridos 9 meses de tratamiento con naltrexona, se observa un aumento en la proporción de pacientes que consumen alcohol no llegando a criterios de recaída.

Se concluye que el tratamiento con naltrexona presenta una elevada tasa de cumplimiento que los abandonos fueron escasos y dicho fármaco ha demostrado una alta seguridad, observándose un bajo número de casos de reacciones adversas.

Para finalizar, cabe señalar que el tratamiento farmacológico es la base del tratamiento de recuperación de alcohólicos. Destacando que hay tres medicamentos actualmente utilizados para la fase de mantenimiento y abstinencia. Situándose en primer lugar la naltrexona, a continuación, el topiramato y por último el amisulpride. Todos ellos aumentan su efectividad si están unidos a la atención de la familia y al paciente alcohólico.

## CONCLUSIONES

La aplicación de la terapia familiar y grupal son un elemento esencial en la rehabilitación del paciente alcohólico.

El tratamiento de la dependencia del alcohol debe realizarse integralmente, en todas las áreas implicadas: problemas somáticos, psicopatológicos, familiares, sociales y adaptativos.

La terapia cognitivo presenta un papel fundamental en la recuperación del paciente alcohólico logrando el éxito del tratamiento.

La psicoterapia puede ayudar, pero no debemos olvidar que el tratamiento psicofarmacológico es elemental.

Se considera que la sección dedicada a la terapia familiar es básica para el paciente.

La educación sanitaria y familiar es imprescindible a la hora de que la población desarrollé conductas de consumo, especialmente en la adolescencia

Las Redes de Apoyo Social juegan un papel decisivo también en la rehabilitación de los pacientes.

Los tratamientos farmacológicos disponibles tienen un papel importante tanto en la desintoxicación como en la deshabituación y deben acompañarse siempre de medidas de apoyo psicológico y social.

La Atención Primaria tiene un papel clave en la detección de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y en la instauración de los tratamientos farmacológicos de desintoxicación y deshabituación en coordinación con los Servicios de Psiquiatría.

## BIBLIOGRAFIA

1. Águila Mena EA, Estrella Castillo DF, Pérez Herrera N, Rubio Zapata EA. La importancia del apoyo familiar y social en la salud mental de personas con alcoholismo en proceso de rehabilitación. Ciencia Humanismo Salud [Internet]. 2014 [citado 19 abr. de 2017];1(3):116-25.Disponible en: <http://revista.medicina.uady.mx/revista/index.php/cienciayhumanismo/article/view/22/34>
2. Rodelgo T, revisor. Alcoholismo (adicción al alcohol). 12 agosto de 2016. [citado 7 enero 2017]. En: Onmeda.es Parta tu salud [Internet].2016.Disponible en: <http://www.onmeda.es/adicciones/alcoholismo.html>
3. Asociación Americana de Psiquiatría. Trastornos relacionados con el alcohol. Asociación americana de psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) 5ª Ed. Arlington, VA: Panamericana: 2014.p 481-591.
4. Alcohol. Nota descriptiva N° 349. Enero de 2015 [consultado 12 abr. De 2017]. En: Centro de Prensa. Organización Mundial de la Salud [Internet]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
5. Rosón Hernández B. Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Prevalencia y métodos de detección en la práctica clínica. Galicia Clin [Internet].2008 [citado 19 abr. de 2017]; 69 (1): 29-44. Disponible en :<http://galiciaclinica.info/PDF/1/27.pdf>
6. Pereiro Gómez C, editor. Manual de adicciones para médicos especialistas en formación. Barcelona: Socidrogalcohol, Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
7. ¿Qué es el alcoholismo? 14 En 2016 [citado 12 mar. de 2017]. En: Aula de Alcoholismo. Problemas con alcohol y policonsumo [Internet]. Disponible en: <http://auladealcoholismo.es/tag/caracteristicas>



8. Pascual Pastor F, Guardia Serecigni J, Pereiro Gomez C, Bobes Garcia J, coordinadores. Alcoholismo. Guía de intervención en el trastorno por consumo de alcohol. 3ª edición. Madrid: Saned; 2013.
9. Ramón Varo J. Tratamiento farmacológico de la dependencia del alcohol. Bit. 2001; 9(5):1-9.
10. Monasor R, Jiménez M, Palomo T. Intervenciones psicosociales en alcoholismo. Trastor Adict. 2003;5(1):22-6.
11. NNNconsult (Base de datos en internet). Elsevier. [Consultado 12 abr. De 2017]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com.ezproxy.usal.es/>
12. Rubio G, Martínez-Gras I, Ponce G, Quinto R, Jurado R, Jiménez-Arriero MA. Integración de los grupos de autoayuda para familiares en un programa público de tratamiento del alcoholismo. Adicciones [Internet].2013[citado 10 feb. de 2017]; 25(1): 37-44. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/70/69>
13. Calvo Estopiñán P, Pérez Poza A, Sacristán Martín P, Paricio Garcí C. Terapia grupal en prevención de recaídas del alcoholismo frente a seguimiento ambulatorio habitual. Adicciones [Internet].2009[citado 10 Feb de 2017];21(1).Disponible en: <http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/247/237>
14. Blanco Presas L, Felices de La Fuente A. Psicoterapia grupal de seguimiento en adicciones: de la hospitalización al tratamiento ambulatorio. An Psiquiatr. 2015; (222):61-70.
15. Sánchez Peña JF; Fernández Pérez I; Rodríguez Solano JJ. Eficacia de la terapia de grupo en pacientes alcohólicos tras dos años de seguimiento. An Psiquiatría. 2009; 25(1):1-6.

16. Wook Kim J, Sung Choi Y, Chul Shin K, Hwa Kim O, Young Lee D, Hun Jung M. et al. The Effectiveness of Continuing Group Psychotherapy for Outpatients with Alcohol Dependence: 77-Month Outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*. 2012; 36 (4): 686-92.
17. Litt MD, Kadden RM, Tennen H, Kabela-Cormierb E. Network Support II: Randomized controlled trial of Network Support treatment and cognitive behavioral therapy for alcohol use disorder. *Drug Alcohol Depend*. 2016; 165:203-12.
18. Hodge DR. Alcohol Treatment and Cognitive–Behavioral Therapy: Enhancing Effectiveness by Incorporating Spirituality and Religion. *Soc Work* 2011;56 (1): 21-31.
19. Puskar K, McClure E, McGinnis K. Advanced practice nurse’s role in alcohol abuse group therapy. *Aust J Adv Nurs*. 2007; 25(1):64-9
20. Flórez G; Saiz PA, García-Portilla P, Álvarez S, Nogueiras L, Bob J. Amisulpride en el tratamiento de la dependencia alcohólica. *Adicciones* [Internet]. 2010[citado 25 abr. De 2017]; 23(2):149-56. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/158/158>
21. Izquierdo M, Rodríguez-Martos A, Llopis J, Cañuelo B, Guigou G, Izquierdo J. et al. Uso de naltrexona en la deshabituación de pacientes con dependencia de alcohol en el estado español. *Adicciones* [Internet].2002 [citado15 abr. de 2017];14(3):327-35.Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/488/484>

## ANEXOS

### Anexo 1

Se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas, alcohol o tabaco. La recaída en el consumo después de un periodo de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si en algún momento en los 12 meses previos, o de un modo continuo, han estado presentes 3 o más de los rasgos siguientes:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduce o cesa, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales. Debe investigarse a fondo si la persona que consume la sustancia es consciente o puede llegar a serlo de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

Figura 1. Criterios diagnósticos de dependencia alcohólica según el CIE-10 (6)

<b>Intensidad del consumo</b>	<p><b>Unidad de Bebida Estándar (UBE).</b> 1 UBE= 10 gr de etanol. En función de las UBEs consumidas semanalmente se clasifica la gravedad del consumo en 3 niveles: de bajo riesgo, peligroso, de riesgo.</p> <p>Consumo de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hombres: =28 UBEs/semana o 5 UBEs/24 horas al menos 1 vez al mes.</li> <li>• Mujeres: =17 UBEs/semana o 5 UBEs/24 horas al menos 1 vez al mes.</li> <li>• Cualquier grado de consumo si antecedentes familiares de alcoholismo, menores, embarazo y lactancia.</li> </ul>
<b>Problemas relacionados con el alcohol</b>	<p><b>Cuestionario CAGE.</b> En función de la puntuación total la gravedad de los problemas se clasifica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay problemas: 0 puntos.</li> <li>• Indicio de problemas: 1 puntos.</li> <li>• Problemas presentes: 2-4 puntos.</li> </ul> <hr/> <p><b>Test AUDIT.</b> Detección de bebedores de riesgo y de personas que se beneficiarían de disminuir o cesar el consumo de alcohol. Sitúa a los sujetos en 4 zonas y les asigna intervenciones terapéuticas específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zona I: 0-7 puntos, Educación sobre el alcohol.</li> <li>• Zona II: 8-15 puntos, Asesoramiento.</li> <li>• Zona III: 16-19 puntos, Asesoramiento + Counseling breve + Monitorización estrecha.</li> <li>• Zona IV: 20-40 puntos, derivación al especialista para evaluación diagnóstica y tratamiento.</li> </ul> <hr/> <p><b>Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos (ISCA).</b> Detección precoz de bebedores de riesgo. En función de las UBEs consumidas habitualmente en una semana normal, considera bebedores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hombres: ≥28 UBEs.</li> <li>• Mujeres: ≥17 UBEs.</li> </ul>

Figura 2. Instrumentos de evaluación (6)

Tabla 1. La Taxonomía enfermera relacionada con el alcoholismo (11).

<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
[1629] Conducta de abandono del consumo del alcohol.	[4500] Prevención del consumo de sustancias nocivas.
[1903] Control del riesgo: consumo de alcohol	[4512] Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada del alcohol.
[1812] Conocimiento: control del consumo de sustancias.	

Anexo 2

Tabla 1. Formulación de la pregunta PICO.

	Palabra “Natural”	DECS	MeSH
<b>Paciente</b>	Alcohólico Alcoholismo	Alcohólico Alcoholismo	Alcoholic Alcoholism
<b>Intervención</b>	Terapia de grupo Terapia familiar Terapia farmacológica Terapia Cognitivo- conductual.	Terapia de grupo Terapia familiar Terapia Farmacológica Terapia Cognitivo- conductual	Group Psychotherapy Therapy Family Alcohol Treatment  Cognitive-behavioral therapy
<b>Resultado</b>	Abstinencia Prevención de recaídas	Abstinencia Prevención de recaídas	Abstinence

Tabla 2. Estrategia: Búsqueda en bases de datos.

<b>BASE DE DATOS</b>	<b>Combinación DECS-MESH</b>	<b>Totales/ válidos tras leer título y resumen</b>	<b>Definitivos</b>
<b>PSICODOC</b>	Terapia familiar alcohol	34/1	0
	Terapia familiar alcoholismo	49/3	1
	Terapia grupal alcoholismo	39/3	2
<b>CINAHL, Publicaciones académicas y revistas</b>	(alcohol OR alcoholism) AND family therapy	83/27	0
	(alcohol OR alcoholism) AND group psychotherapy OR group therapy	131/23	2
	(alcohol OR alcoholism) AND cognitive behavioural therapy	129/19	2
<b>Google académico</b>	Terapia familiar alcohólicos	16.400/2	1
	Terapia grupal alcoholismo	17.700/4	1
	Terapia conductiva-conductual alcohólicos	2317.300/2	0
	Terapia farmacológica alcoholismo	17.100/3	2
<b>Pubmed</b>	("Alcoholism"[Mesh]) AND "Family Therapy"[Mesh]	7/2	0
	"Alcoholism"[Mesh] AND ("Psychotherapy, Group"[Mesh])	17/2	0
	("Alcoholism"[Mesh]) AND "cognitive therapy"[Mesh]	86/10	0

